



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE

(Oficina del Alguacil del Condado de Cook)

INMATE GRIEVANCE FORM

(Formulario de Queja del Preso)

CONTROL #

INMATE ID #

2021

10913

811032

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES STAFF ONLY!

(Para ser llenado solo por el personal de Inmate Services!)

- ☐ Emergency Grievance
- ☒ Grievance
- ☐ Non-Compliant Grievance

01000000

☐ Cermak Health Services☐ Superintendent:☒ Other: Doc Admin

PRINT - INMATE LAST NAME (Apellido del Preso):

Westmoreland

PRINT - FIRST NAME (Primer Nombre):

Eugene

INMATE BOOKING NUMBER (# de identificación del Preso)

20191030026

DIVISION (División):

08 - RTU

LIVING UNIT (Unidad):

3F

DATE (Fecha):

08-12-21

GRIEVANCE GUIDELINES AND SUMMARY OF COMPLAINT

Your grievance must meet all criteria listed below in order to be assigned a control #, to be appealed and/or to exhaust remedies.

The grievance issue is not one of the following non-grievable matters: inmate classification including designation of an inmate as a security risk or protective custody inmate, or decisions of the inmate disciplinary hearing officer.

The grievance issue must have occurred within the last 15 calendar days unless the allegation is of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism. If the grievance includes an allegation of sexual assault, sexual harassment, sexual abuse or voyeurism no time limits exist. If you believe an exception applies please see a CRW (Correctional Rehabilitation Worker.)

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance collected within the last 15 calendar days.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and was appealed.

The grievance issue must not be a repeat submission of a grievance that previously received a response and you chose not to appeal the response within 15 calendar days.

The grievance issue must not contain offensive or harassing language.

The grievance form must not contain more than one issue.

The grievance issue must not pertain to non-fall related concerns such as with arresting agencies, judicial matters, or medical staff at outlying hospitals, etc.

DIRECTRICES PARA AGRAVIOS Y RESUMEN DE QUEJA

El asunto de la queja tiene que satisfacer todo el criterio listado más abajo para obtener un número de control, para ser apelado y/o agotar todos los remedios posibles.

El asunto de la queja no puede ser ninguno de los siguientes temas, que no se consideran quejas formales: Clasificación del preso incluyendo designación del preso. Tal como riesgo de seguridad o custodia de protección para los presos, o decisiones del oficial de audiencias disciplinarias para los presos.

El asunto de la queja formal tiene que haber pasado en los últimos 15 días calendarios a menos que la acusación sea de acoso sexual, sexual hostigamiento, sexual abuso. O voyeurismo. Si la queja incluye acusaciones de acoso sexual, hostigamiento, voyeurismo, o abuso, no existe tiempo límite. Si usted cree que existe una excepción, hable o vea a un Trabajador de Rehabilitación Correccional (TRC/CRW).

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja sometida en los últimos 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y fue apelada.

El asunto de la queja no puede ser una repetición de una queja previamente recibida y la cual ya ha recibido una respuesta y usted recibida no someter una apelación sobre la decisión dada en los 15 días calendarios.

El asunto de la queja no puede contener lenguaje ofensivo o amenazante.

La solicitud de la queja no puede contener más de un asunto.

El asunto de la queja no puede corresponder a asuntos no relacionados con la cárcel tal como preocupaciones sobre la agencia de arresto, asuntos judiciales, o empleados médicos de hospitales periféricos, etc.

REQUIRED -

DATE OF INCIDENT

(Fecha del Incidente)

8-10-21

8-11-21

REQUIRED -

TIME OF INCIDENT

(Hora del Incidente)

9:00 am

9:00 am

REQUIRED -

SPECIFIC LOCATION OF INCIDENT

(Lugar Específico del Incidente)

RTU Building - Halls

Court Building - Halls

REQUIRED -

NAME and/or IDENTIFIER(S) OF ACCUSED

(Nombre y/o Identificación del Acusado)

Tom Dart

Cook County Sheriff Dept

On my way from the RTU building to the court building on 8-10-21 between the hours of 9am-10:30 am, I encountered problems using my wheelchair going up and down several ramps. I suffered burns on my hands, upper body aches in my arms, neck and feeling very fatigued after I came from court. I had surgery on my spinal cord about 1 1/2 years ago (one and a half). I think the reason the officer (Anderson) didn't push me is because he had another wheelchair inmate whom he pushed, so I rolled myself all the way to the court building. I could not use the rest room in the holding cell next to court room 304. It wasn't ADA accessible.

NAME OF STAFF OR INMATE(S) HAVING INFORMATION REGARDING THIS COMPLAINT:

(Nombre del personal o presos que tengan información:)

Transport Officer on duty (Anderson was 1 of 4)

INMATE SIGNATURE: (Firma del Preso):

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE OF A DIVISION/UNIT MUST REVIEW AND SIGN ALL GRIEVANCES ALLEGING STAFF USE OF FORCE, STAFF MISCONDUCT, AND EMERGENCY GRIEVANCES. IF THE INMATE GRIEVANCE IS OF A SERIOUS NATURE, THE SUPERINTENDENT MUST INITIATE IMMEDIATE ACTION.

CRW/PLATOON COUNSELOR (Print):

D. Wilson

SIGNATURE:

D. Wilson

DATE CRW/PLATOON COUNSELOR RECEIVED:

8.13.21

SUPERINTENDENT/DIRECTOR/DESIGNEE (Print):

SIGNATURE:

DATE REVIEWED:

(FCN-73)(NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES) (YELLOW COPY - CRW/PLATOON COUNSELOR)

(PINK COPY - INMATE)

Westmoreland 000029



COOK COUNTY SHERIFF'S OFFICE
(Oficina Del Alguacil del Condado de Cook)
INMATE GRIEVANCE RESPONSE/APPEAL FORM
(Formulario de Queja del Preso/ Apelación)

Wilder

2021

CONTROL NUMBER

INMATE #

10912

811822

INMATE INFORMATION TO BE COMPLETED BY INMATE SERVICES PERSONNEL ONLY

INMATE LAST NAME (Apellido del Preso): WEST	INMATE FIRST NAME (Primer Nombre): Eugene	ID Number (# de Identificación): 20191030024
GRIEVANCE ISSUE AS DETERMINED BY CRW: 010 ADA ISSUE		
IMMEDIATE CRW RESPONSE (If applicable): N/A		
CRW/ REFERRED THIS GRIEVANCE TO (Example: Superintendent, Cermak Health Services): Doc Admin		DATE REFERRED: 8/16/21

RESPONSE BY PERSONNEL HANDLING REFERRAL

After review of available evidence and speaking with staff involved, staff will be reminded to document any refusals of assistance while being transported via wheelchair. Detainee Westmoreland was not placed in holding cell behind 304. Nor were there any injuries according to medical records.

PERSONNEL RESPONDING TO GRIEVANCE (Print): SARINA	SIGNATURE: <i>[Signature]</i>	DIV./DEPT.: DOC/ADA	DATE: 08/20/21
---	----------------------------------	-------------------------------	--------------------------

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

[Signature]

DATE RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

08-24-21

INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL (Solicitud de Apelación del Preso)

To exhaust administrative remedies, grievance appeals must be made within 15 calendar days of the date the inmate received the response. An appeal must be filed in all circumstances in order to exhaust administrative remedies.
(Con el fin de agotar los recursos administrativos, las apelaciones de las quejas se deben realizar en el plazo de 15 días después de que el recluso haya recibido la respuesta. La apelación se debe enviar en todos los casos a fin de agotar los recursos administrativos.)

DATE OF INMATE'S REQUEST FOR AN APPEAL: (Fecha de la solicitud de la apelación del preso): **08/24/21**

I am not satisfied with this decision -

ADMINISTRATOR/DESIGNEE'S ACCEPTANCE OF INMATE'S APPEAL?

Yes (Si) ☐

No ☒

(Apelación del preso aceptada por el administrador o/su designado(a)?)

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE'S DECISION OR RECOMMENDATION: (Decision o recomendación por parte del administrador o/su designado(a):)

Original Response to Jtand

INMATE SERVICES DIRECTOR/DESIGNEE (Administrador o/su Designado(a)):

J. Muelles

SIGNATURE (Firma del Administrador o/su Designado(a)):

[Signature]

DATE (Fecha):

8/27/21

INMATE SIGNATURE (Firma del Preso):

Delv Via COVID19

DATE APPEAL RESPONSE WAS RECEIVED: (Fecha en que la respuesta fue recibida)

AUG 31 2021

(FCN-72) (NOV 17)

(WHITE COPY - INMATE SERVICES)

(YELLOW COPY - C.R.W.)

(PINK COPY - INMATE)

Westmoreland 000030

CCSAO

Exhibit 4 Page 2